Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 323 de 2015

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DEL URUGUAY (ADU)

INTEGRANTES DEL OBSERVATORIO URUGUAYO DE LOS DERECHOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

SINDICATO ANESTÉSICO QUIRÚRGICO

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de noviembre de 2015**

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis Gallo Cantera.

MIEMBROS: Señores Representantes Walter De León, Martín Lema Perreta y Mabel Quintela.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Gustavo Da Rosa y Silvio Ríos Ferreira.

INVITADOS: Por la Asociación de Diabéticos del Uruguay, doctor Mario Jubin, Director; Aníbal López Ravera, Director; Javier González, Gerente General y doctora Laura Coppes.

Integrantes del Observatorio Uruguayo de los Derechos para las Personas con Discapacidad, señoras Sandra Noé, Ana Perla, Eva Silvera y Ana Leal y señor Rodolfo Cabrera.

Por el Sindicato Anestésico Quirúrgico concurren los doctores Gonzalo Vázquez, Alejandro Abal, Daniel López, Eduardo Olivera, Andrés Saibene, Gualberto Arribeits, William Baptista, Neder Beyhaut y Matías Abal.

SECRETARIA: Señora Myriam Lima.

PROSECRETARIA: Señora Viviana Calcagno.

SEÑOR PRESIDENTE (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a la doctora Laura Coppes, al doctor Mario Jubin y a los señores Aníbal López Ravera y Javier González.

SEÑOR JUBIN (Mario).- La Asociación de Diabéticos del Uruguay es una asociación sin fines de lucro. Tiene sesenta y cuatro años de existencia, pero tenemos un récord: somos la primera de América Latina y la segunda en el mundo. En base a eso, todos los años, el 14 de noviembre se festeja el "Día mundial de la diabetes" a través de la organización internacional que nos nuclea.

Este año la Asociación contó con la plena colaboración del Poder Legislativo. Hablo en general porque nos proporcionó el pasaje Acuña de Figueroa para recibirnos mañana; también contamos con el apoyo de las distintas comisiones del Parlamento. Hemos cursado invitaciones al evento de mañana y queremos hacer extensiva la invitación a esta Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de una manera más franca y más directa, mirándonos a los ojos; nuestra idea no es invitarlos utilizando solo un papel, algo muy frío.

En base a ello, mañana, desde la hora 12 y 30 hasta las 14 horas, en el pasaje Acuña de Figueroa, vamos a hacer nuestro festejo. Hay determinadas actividades que me gustaría que el gerente general Javier González pudiera detallar.

SEÑOR GONZÁLEZ (Javier).- Venimos solicitando esta entrevista desde hace semanas. Seguramente, problemas de agenda de la comisión hizo que llegáramos hoy, un día antes de nuestra celebración. Esta es una invitación muy especial porque entendemos que no puede faltar un representante de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.

Una de las acciones que vamos a llevar a cabo es la preparación de un mensaje elaborado por una serie de instituciones, entre ellas, la Alianza de Enfermedades No Transmisibles- Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad de Diabetología, la fundación Diabetes Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Endocrinología Médica, la Sociedad de Diabetología y Nutrición, etcétera. Vamos a realizar un encuentro que se originó como consecuencia del objetivo que para este año fija la Federación Internacional de Diabetes que nuestra Asociación integra desde el inicio.

Este año, el día mundial trata sobre el siguiente tema: hagamos de la alimentación saludable un derecho y no un privilegio. En este encuentro, terminamos haciendo un diagnóstico sobre la alimentación saludable porque, luego de que llega a cierta frontera, no se sabe si es un derecho o un privilegio. ¿A qué nos referimos?

Entendemos que la academia, los profesionales de la salud, los técnicos de la salud, las instituciones médicas, es decir, todas las personas que hoy hablan y brindan sus servicios y sus capacidades en salud, están representando lo último en lo que se refiere a alimentación a nivel mundial. Por suerte, hoy tenemos profesionales y técnicos de la salud que nos pueden brindar todos sus conocimientos para que podamos saber cuál debe ser nuestro plan de alimentación y cuáles son los cambios que tenemos que hacer en nuestros hábitos de vida.

También observamos que en la industrialización de alimentos o en la presentación de los productos a través de las empresas en Uruguay -quizás con menor intensidad- hay cierta reconversión. Por ejemplo, hay empresas que, en el nicho de mercado de la alimentación saludable, están viendo una oportunidad y la necesidad de ir hacia ese cambio. Sin embargo, vemos cierto déficit en dos puntos en particular.

En primer lugar, observamos déficit cuando comparamos los precios entre la alimentación no saludable y la alimentación saludable.

En segundo término, vemos cierto déficit en la presencia para que esa accesibilidad sea concreta. Entonces, nuestro mensaje pasa por continuar mejorando todo lo que hoy los distintos representantes y roles de la sociedad vienen desarrollando. Creo que podemos tener los mejores profesionales, los mejores técnicos y empresas que se desarrollen, pero si el consumidor final va a la góndola y no encuentra el producto o si hace una muy rápida comparación de precios a la hora de elegir los productos que va a comprar y termina adquiriendo lo más económico, ello habrá sido en vano. No queremos ver el vaso medio vacío sino medio lleno; es más: queremos completarlo. Quería hacer énfasis en ese aspecto. Nosotros elaboramos tres mensajes: uno para el Presidente de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de

Representantes, otro para el Presidente de la Comisión de Salud Pública del Senado, y otro para el Ministerio de Salud Pública, representado en esta oportunidad por el Director General de Salud.

Tenemos otras actividades más que son del diario vivir y que van a ayudar a seguir avanzando en calidad de vida, en prevención y cuidado de las personas con diabetes, a fin de que no desarrollen complicaciones.

Creemos que lo más importante es la tarjeta de identificación que vamos a presentar mañana y a lanzar a mediados de diciembre. Se trata de una tarjeta, que no es un invento de ADU, porque existe por lo menos desde que yo conozco a la Asociación de Diabéticos del Uruguay, hace casi treinta años. En la década de los sesenta y setenta, los profesionales de la salud decían a sus pacientes con diabetes lo que tenían que hacer, que incluía llevar unos sobrecitos de azúcar en el bolsillo o unos caramelos, y un cartoncito que dijera que tenían diabetes. Lo que estamos haciendo ahora es modernizarnos. La tarjeta de identificación que estamos preparando es como una tarjeta de crédito que va a tener toda la información impresa, y va a ser mucho más duradera. Vamos a tratar de que se masifique. En ese sentido, tenemos nuestras debilidades. Creemos que la idea es muy buena y que todos los diabéticos tendrían que tenerla, pero nuestras debilidades tienen que ver con el impulso a ese producto, para que todos efectivamente puedan disponer de ella. Estamos trabajando para que el Ministerio de Salud Pública nos dé una alianza estratégica que nos permita impulsarla. Trasmito esta inquietud a los señores diputados para ver si pueden colaborar a fin de que llegue al alcance de todos.

Además, estamos lanzando una segunda edición de videos de cocina práctica y saludable enfocada a las fiestas de fin de año. La idea es que las personas entiendan que en las fiestas todos nos podemos satisfacer sin sobrepasarnos, como normalmente lo hacemos.

Tenemos tres alianzas estratégicas adicionales, en este caso, con empresas privadas. Una de ellas tiene que ver con otra forma de identificación; es un servicio adicional. Se trata de una pulsera que permite cargar los datos de salud en caso de emergencia en un sitio web de muchísima seguridad. Es lo mismo que nosotros queremos hacer, pero ¿cuál es la variable adicional? Que esta empresa ha desarrollado una alianza estratégica con las emergencias médicas. Es una pulsera que se coloca en la muñeca. De este modo, la emergencia médica que concurra ante una crisis de salud en la vía pública, luego de compensar al paciente, va a poder identificarlo y saber rápidamente cuál es la advertencia que esa persona incluyó en su página web. Como esto es una teoría de ganar y ganar, el principal interés de las emergencias médicas -también debería ser el de los hospitales públicos-, es conocer a qué sistema de salud pertenece la persona en caso de que necesitara ser derivada a un centro asistencial. En un hospital público, salvo que se corra riesgo de vida, que en ese caso el ingreso es directo, la persona va a tener que esperar. Por lo tanto, ahí se generan una serie de costos humanos y económicos para todos: para el paciente, para la emergencia médica, o sea la empresa privada que tiene que disponer de un móvil que se quede en ese lugar, con sus empleados, y para el hospital público, que seguramente va a estar dedicando personal y logística a una persona que debía ser atendida en otro sistema de salud. Pues bien, este empresario vio la oportunidad de brindar un servicio que es para beneficio de todas las partes. En ese sentido, entendimos adecuado avanzar en una alianza estratégica con él.

Luego hicimos una alianza estratégica con una empresa de seguro de asistencia en viaje. Quizás ustedes lo sepan, pero estamos seguros de que la mayoría de la gente no, que los seguros de asistencia en viaje, en su gran mayoría, no brindan cobertura a las enfermedades preexistentes. Por lo tanto, si uno viaja y contrata un seguro que normalmente se ofrece para viajes de placer, y tiene algún inconveniente, solamente se va a ver cubierto en sus enfermedades repentinas. Esto quiere decir que las personas con asma, enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión, enfermedades crónicas respiratorias entre otras, van a ser atendidas pero van a tener que pagar mucho más. Le planteamos esta inquietud a esta empresa y logramos que el ciento por ciento de sus productos incluyan enfermedades preexistentes. Por lo tanto, todos sus productos van a ser aptos para que las personas puedan viajar sintiéndose seguras si es que tienen una enfermedad crónica.

Por último, estamos avanzando en una alianza que creemos que va a cambiar la forma de educar en diabetes, tomando a la educación como uno de los pilares de tratamiento. Estamos trabajando con una empresa de emprendedores uruguayos que se llama ViperMed, que lo que hace es modificar la educación a través de las nuevas tecnologías. Se comienza a educar en salud, no solo en diabetes. Ya lo están haciendo, por ejemplo en Chile, y están cerrando un convenio con el Ministerio de Salud Pública para el tabaquismo. Asimismo, tiene una experiencia realizada con la Teletón. Conjuntamente con la Sociedad de Diabetología y Nutrición y con la Sociedad Uruguaya de Endocrinología Médica, esperamos avanzar en la aprobación de los contenidos.

Un dato muy especial: las credenciales de esta empresa joven uruguaya y emprendedora ha hecho que sea la primera en tener una alianza estratégica con la British Medical Journal, una sociedad de desarrollo de contenido en salud, conformada por científicos de reconocimiento mundial, que sin duda da una gran garantía a lo que es el objetivo de esta empresa.

Esta es la información que quería proporcionar: he dado un adelanto de las presentaciones que podrán escuchar en el día de mañana si contamos con la presencia de ustedes.

Les agradezco muchísimo la atención brindada.

SEÑOR JUBIN (Mario).- Si se me permite, quisiera que haga uso de la palabra la doctora Coppes, quien es la principal técnica en medicina que tiene nuestra asociación.

SEÑORA COPPES (Laura).- Quisiera decir que en la ADU estamos trabajando en muchos temas de educación. Hace dos años, en el congreso de la IDF en Australia, y en el de Argentina el año pasado, el doctor Gagliardino -médico argentino que se dedica mucho a los temas de educación- hizo un estudio de costos versus beneficios de los distintos tratamientos de la diabetes, concluyendo que si a medida que lográbamos medicación más moderna, con mejores prestaciones -también más caras-, no avanzábamos en educación, no nos servía de nada. En ese sentido, hacía la comparación con darle un Rolls- Royce a alguien que no supiera manejarlo: estamos avanzando en antidiabéticos orales e insulinas, pero tenemos que dar educación.

Ahora bien, los tiempos que se dan en la consulta son escasos para la educación, porque si tenemos cuatro o cinco pacientes por hora, a veces no alcanzan. En tal sentido, la ADU tiene el objetivo fundamental de apoyar al médico en la parte de educación.

Por otra parte, hace unos años estamos trabajando en algo que también nos interesa mucho: la creación del Registro Nacional de Diabéticos, porque no podemos establecer políticas para nuestros diabéticos si no sabemos cuántos son, dónde se encuentran y qué tipo de diabetes tienen.

De todas maneras, creo que estamos avanzando mucho y solicito a esta Comisión que evalúe la importancia de trabajar en forma integrada. Tenemos muchas fuerzas trabajando en Uruguay pero a veces nos falta integrarnos. Entonces, si logramos coordinar entre todos los actores que estamos trabajando en el tema de la diabetes con la Comisión de Salud Pública, determinando las necesidades reales que existen y cómo encararlas en conjunto, va a ser mucho más productivo.

En este marco urge la creación del Registro Nacional de Diabéticos para tener un diagnóstico de situación y finalmente avanzar en nuestra programación con respecto al tema de la diabetes.

SEÑOR LEMA (Martín).- Es un gusto que acudan a esta Comisión a invitarnos a la jornada de mañana: en lo personal tengo otro compromiso, por lo que no sé si podré asistir, pero haré todo lo posible para acompañarlos, aunque sea un rato.

Hace un tiempo visitamos la Asociación de Diabetes del Uruguay y fuimos muy cordialmente atendidos por el gerente Javier González. En esa reunión intercambiamos conceptos para implementar algunas ideas tendientes a mejorar y, sobre todo, a prevenir la diabetes tipo 2: ese debería ser un objetivo a alcanzar.

Compartimos cien por cien los conceptos vertidos en cuanto al tema de la educación en materia de alimentación y de nutrición. Tanto es así que en esta Comisión hemos recibido a la Audyn y a la Escuela de Nutrición: en esas instancias intercambiamos diferentes conceptos y tomamos nota de un montón de sugerencias que realizaron las diferentes organizaciones, precisamente, sobre la educación en alimentación y la importancia de conocer cuanto antes la existencia de estas patologías. De modo que estamos alineados en que es importantísimo el tema educativo y, como en tantas otras áreas, debe trasmitirse y profundizarse todo lo que refiere a la correcta alimentación.

Con respecto a la necesidad de confeccionar una base de datos, es bueno destacar que la ordenanza ministerial Nº 499 del año 2005 establece, entre otras cosas, la obligación de los médicos de confeccionar un formulario cuando una persona presenta diabetes tipo 1 o tipo 2, con la idea del diagnóstico precoz y

prevención. Precisamente el 3 de setiembre del corriente año hicimos un pedido de informes para saber cómo se está cumpliendo esa ordenanza. En este sentido, en el año 2013 se hizo una encuesta, pero entendemos que no es rigurosa, que no maneja datos del todo veraces, por lo que se debe profundizar en tal sentido. Inclusive, hablamos con entendidos en el tema quienes nos decían que el porcentaje que se maneja en esa encuesta no refleja la tendencia regional y mundial. Entonces, si tenemos una ordenanza que establece la confección de un formulario, lo ideal sería que esos datos fueran procesados para tener una base de datos -compartimos esa idea cien por cien- que nos permita fijar una estrategia a raíz de un conocimiento profundo del número de personas del que estamos hablando y de a cuántas debemos alcanzar.

Este pedido de informes que hicimos el 3 de setiembre intenta, en primer lugar, saber si se está cumpliendo con esto. Capaz que se está cumpliendo con recabar esos datos a través del formulario y nosotros no tenemos conocimiento. En segundo término, en caso de que no se esté cumpliendo con esto, queremos saber por medio de este pedido de informes, cuáles son los fundamentos por los cuales el Ministerio de Salud Pública no está confeccionando una base de datos a través del formulario. En tercer lugar, preguntamos cuál es la estrategia a nivel de prevención de esta Cartera, lo cual es básico.

Personalmente, me gustó el concepto que se establecía recién en el sentido de que hay que empezar a hablar más de salud, o profundizar a ese respecto. En algunos aspectos sí se está intentando hablar más de la salud que de la enfermedad y obviamente ese es el camino, entre otras cosas, fomentando la alimentación saludable. Quienes no tenemos diabetes -o algún tipo de enfermedad similar- podemos tomar la opción correcta en materia de alimentación saludable; ahora, si no lo hacemos, no pagamos las mismas consecuencias que aquellas personas que lamentablemente la padecen. Si bien en personas sanas la opción por la alimentación saludable puede aportar una mejor calidad de vida, en el caso de aquellas que estén enfermas, de no optar por ella, se verán perjudicadas en su salud.

En definitiva, estamos en la misma sintonía: esperaremos para ver qué respuesta nos da el Ministerio de Salud Pública con respecto a la base de datos, que nos parece fundamental. Una vez que tengamos la fotografía de la cantidad de casos y sepamos si se está cumpliendo con la ordenanza ministerial Nº 499, con mucho gusto lo comunicaremos a la Asociación de Diabéticos del Uruguay, que siempre tiene aportes desde el punto de vista técnico, científico y sobre todo humano para que, una vez conocidos los datos, pueda aportar sugerencias que nos permitan allanar más el camino tendiente a la prevención y al diagnóstico precoz.

SEÑOR RÍOS FERREIRA (Silvio).- Personalmente soy médico y ahora estoy jubilado; ya no atiendo pacientes. Ahora bien, quisiera felicitar a nuestros invitados, porque a lo largo del ejercicio de la profesión tuve una vinculación muy estrecha con la Asociación de Diabéticos del Uruguay y conozco su trayectoria. Recuerdo que cuando empezamos a trabajar en Artigas -departamento en el que vivo- la ADU facilitó la posibilidad de que en ese momento llegáramos a la doctora Perla Temesio, quien fue la que le puso el mango a este tema en el Uruguay.

La diabetes es una enfermedad que tiene una distribución universal y toma transversalmente a todas las clases sociales: la enfermedad llega independientemente de que se tenga recursos o no. Creo que los adelantos científicos han sido muy grandes y si apostamos siempre a la prevención es muy importante una vida sana, en cuyo contexto el ejercicio es un elemento fundamental.

Me costa que la documentación de la Asociación de Diabéticos del Uruguay siempre explica muy bien los pilares de la diabetes, con lenguaje llano para que aún las personas con mayores dificultades puedan entender perfectamente lo que significa la enfermedad.

Sin duda, en los últimos tiempos hemos ganado mucho en cuanto a las complicaciones que traía la diabetes. Además, la sobrevida de los pacientes con esta enfermedad ahora es muy superior.

Asimismo, el sistema de salud de Uruguay ha comprendido profundamente este problema y ha extendido la atención primaria para este tipo de pacientes; sin duda, los diabéticos deben ser contenidos a ese nivel, ya que si presentan complicaciones es porque no se dieron los primeros pasos correctamente.

De todos modos, creo que en Uruguay se ha avanzado mucho en ese sentido; inclusive, creo que las políticas públicas relacionadas con los medicamentos han tenido gran importancia y me refiero, por ejemplo, a la extensión de las tasas moderadoras, lo que facilita mucho la vida de los diabéticos, ya que son pacientes que

consumen mucha medicación. Por supuesto, el sistema público tiene que llevar a cabo su administración porque es lo que corresponde, pero el sistema privado, que en nuestro país es muy amplio y tiene más de un millón de afiliados, también lleva adelante una extensión de la tasa moderadora, lo que es muy importante para el correcto tratamiento de los pacientes.

Por otra parte, la investigación científica ha evolucionado mucho. Por ejemplo, las viejas insulinas, que se suministraban a pacientes con diabetes juvenil, generaban determinadas resistencias, pero actualmente se purifican más y son más efectivas. En realidad, el desarrollo científico se ha llevado a cabo a nivel internacional, pero Uruguay lo ha seguido muy de cerca; por lo tanto, podemos decir que estamos bien. De todos modos, esto no quiere decir que nos sentemos tranquilos, ya que se debe trabajar continuamente para tratar de aggiornarse en beneficio de la población que padece esta enfermedad. Si no me equivoco, el 10% de la población mundial tiene diabetes, y esto debe tenerse en cuenta, ya que el mundo vive la epidemia de la obesidad, que es un predisponente muy importante para esta enfermedad.

Por lo tanto, quiero felicitar a los integrantes de la Asociación de Diabetes del Uruguay y reconocer su trabajo, ya que siempre han apoyado a las comunidades que están un poco más alejadas de Montevideo. En realidad, esta asociación es la tutora de la Asociación de Diabéticos de Artigas, y creo que de todas las asociaciones que se encuentran en las ciudades importantes de todos los departamentos.

Sin duda, nos comprometemos a llevar adelante lo planteado por la Asociación de Diabéticos del Uruguay.

En cuanto al registro, otras delegaciones también han hecho referencia a ese tema, pero creo que los uruguayos no somos proclives a registrar las cosas. Tuve un profesor que siempre decía que los uruguayos no sabemos cuántos metros cuadrados tenemos si sumamos la superficie de la Antártida, y tampoco sabemos cuántos somos, considerando la diáspora de uruguayos que se encuentran fuera del país por distintos motivos.

De todos modos, creo que es importante contar con esos datos, ya que son fundamentales.

SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, quiero agradecer -personalmente y en nombre de la comisión- por la invitación que nos hicieron llegar para el día de mañana. Por supuesto, haremos los máximos esfuerzos para concurrir, ya que consideramos que se trata de una jornada muy importante para ustedes.

En segundo término, quiero felicitarlos por el encare que han realizado sobre el tema. En realidad, no realizaron un encare médico sino social, ya que le dan un rol muy importante -que a mi entender es crucial- a la educación. Sin duda, sin educación no podemos avanzar en ningún tema, y en este, prácticamente en nada.

Por supuesto, el tema que eligieron abordar en la jornada que se llevará a cabo mañana es muy importante; creo que la alimentación es capital en el desarrollo de la diabetes.

Por lo tanto, como bien se dijo, podemos avanzar en la tecnología, en los medicamentos y en las insulinas, pero si no tenemos un sustento educativo sólido, y los distintos organismos no implementan los mecanismos adecuados para acceder a una alimentación saludable será difícil abordar este tema. En ese sentido, quiero felicitarlos por la iniciativa de incorporar un video, ya que en ocasiones los diabéticos se sienten excluidos. Sin duda, creo que este tipo de cosas no son menores, porque los que somos médicos y tratamos a pacientes con este tipo de enfermedades -por suerte los trato poco porque no es mi especialidad- sabemos que deben armar una dieta distinta y que en ocasiones no pueden integrarse a un festejo de su núcleo familiar. Entonces, me parece que ese tipo de cosas son prácticas y que sirven mucho.

Por otro lado, es verdad que a los uruguayos no nos gusta registrar, por más ordenanzas que haya en ese sentido. Tampoco nos gusta a los médicos, y cada vez que las autoridades sanitarias nos indican que tenemos que llenar determinadas planillas y realizar ciertos controles se nos hace difícil. Sin duda, se trata de un problema cultural, pero creo que en la medida en que empecemos a hacerlo, será más fácil llevarlo adelante.

De todos modos, creo que se está registrando mucho más que antes a través de las metas prestacionales. En realidad, creo que los médicos y el equipo interdisciplinario -esto es importante en el caso de los pacientes con diabetes- deben empezar a llenar formularios, ya que es difícil dictaminar políticas de salud si no se cuenta con registro, números y datos.

Por lo tanto, creo que vamos por un buen camino, aunque tenemos mucho más para hacer.

En realidad, creo que debemos seguir insistiendo en la atención primaria en salud, ya que considero que es una herramienta fundamental y esencial. Además, para ello no se necesita mucho dinero; lo esencial es formar recursos humanos y trabajar coordinadamente. Digo esto porque actualmente hay un montón de asociaciones, federaciones e instituciones de asistencia médica que, si bien están vinculadas al mismo tema -no quiero decir que esto ocurra con la diabetes-, están totalmente desperdigadas. En ese sentido, creo que es muy importante nuclear a todas aquellas organizaciones que trabajan en un mismo tema.

Solo me resta desearles éxito en la jornada que se llevará a cabo el día de mañana; sin duda, lo tendrán. Además, tengo la sensación de que concurrirá mucha gente, que será la polea de trasmisión de este temática. En realidad, no es bueno que este tipo de cosas no se difundan y queden entre cuatro paredes. Por lo tanto, creo que es importante llegar a todos.

SEÑORA COOPES (Laura).- Quisiera realizar algunos comentarios con respecto a lo manifestado.

Creo que el registro se podría realizar al igual que se llevó a cabo el del adulto mayor o el del niño y el adolescente, a través del Ministerio de Salud Pública. En realidad, yo trabajo en distintos lugares -como hacemos todos los médicos- y nunca vi que se utilizara el registro. Por lo tanto, creo que el formulario se podría llenar a través de las metas prestacionales, tal como se hace con el registro del adulto mayor.

Por otro lado, creo que la coordinación de las distintas asociaciones -que tienen un papel protagónico- es fundamental. En ese sentido, considerando que ustedes reciben a muchas delegaciones, podrían asignarle una función a cada una de ellas, por supuesto, con una meta común; nosotros, sin duda, estamos a su disposición.

SEÑOR GONZÁLEZ (Javier).- Quisiera agregar algo a lo manifestado por la doctora Coppes con respecto al registro.

Tal como se dijo, reconocemos que el registro no se lleva a cabo por una cuestión cultural. De todos modos, si estamos convencidos de la propuesta que estamos llevando a cabo, tenemos que admitir que se trata de cambios difíciles y que van a demorar en producirse. Por supuesto, estamos totalmente de acuerdo con el señor presidente en cuanto a que el problema es cultural. Sin duda, eso es lo más interesante porque implica un mayor desafío. Seguramente, estos cambios se producirán en las próximas generaciones, pero nosotros tenemos que ser los soldados que trabajen en ese sentido. Como dije, quizás nosotros no veamos el cambio, pero nuestros nietos y bisnietos sí.

Asimismo, si bien esta reunión no tiene como motivo que se haga una lluvia de ideas, creo que es importante ponerlas sobre la mesa. En realidad, no sé si los médicos deben ser los únicos responsables de llevar un registro de las personas con diabetes, aunque sin duda hoy es así. En ese sentido, me pregunto si la responsabilidad de tramitar la cédula recae en alguien más que en nosotros mismos. ¿Inscribir a un hijo es responsabilidad de alguien más o de nosotros mismos? Actualmente, el mundo está lleno de enfermedades crónicas porque los seres humanos queremos ser espectadores de nuestra salud en lugar de ser protagonistas. Los diabéticos, los que tienen cáncer, los que tienen enfermedades crónicas respiratorias y cardiovasculares, que son las cuatro enfermedades principales que se llevan miles de millones de dólares en el mundo y también en nuestro país dentro de la masa crítica que tenemos, estamos como estamos porque queremos ser espectadores. Culturalmente hemos estado preparados para a ir al médico a efectos de curarnos y no para no enfermarnos, y después que estamos enfermos vamos al médico, queremos cumplir con algunos requisitos y pensamos que es suficiente. Sin embargo, cuando nos viene una enfermedad crónica se nos hace muy difícil entender que tenemos que educarnos y que el médico no es nuestro salvador, porque no podemos contratarlo durante las 24 horas del día ni nuestro sistema de salud lo puede hacer y menos el sistema público. Por lo tanto, tenemos que educarnos, porque el médico solo nos da una parte de lo que tenemos y necesitamos cumplir.

En definitiva, me pregunto, y lo planteo para que se pueda reflexionar, si quizás no debería ser la persona con diabetes la que deba brindar una contrapartida y registrarse. En ADU también pensamos que las personas necesitan brindar contrapartidas ya que no solamente se deben reclamar derechos sino también cumplir las responsabilidades.

Nosotros observamos que en cuanto a diabetes Uruguay tiene los últimos desarrollos científicos y las mejores insulinas del mundo. No obstante, debido al vaso medio lleno que nosotros vemos y sé que los legisladores lo saben, hay un grupo de usuarios de bombas de insulina que reclaman que se ingrese ese tratamiento dentro del sistema de salud, y es válido. Creemos que lo que se hace es ir completando la accesibilidad para que las personas diabéticas en Uruguay puedan tener la mejor calidad de vida.

Asimismo, reitero lo que tiene que ver con el protagonismo. Por eso me pregunto si el Registro Nacional de Diabetes solamente debe depender de los sistemas de salud o también de la propia persona.

Aprovecho para enviar un saludo a la Asociación de Diabéticos de Artigas en la persona de la doctora Blima Safir de Stolovas, que fue mi intermediaria con ADU, en donde hace muchos años que trabajo.

Además, quiero trasmitir que nuestra tarjeta de presentación muy humildemente quiere crear el principio de la llama que en el día de mañana pueda transformarse en el registro. Por eso no es solamente una identificación, ya que si logramos sumar a protagonistas indispensables como son el Poder Legislativo y el Ministerio de Salud Pública, quizás mañana podamos ceder esta iniciativa de ADU para que continúe y se transforme en un registro nacional.

(Se retira de Sala la delegación de la Asociación de Diabéticos del Uruguay)

(Ingresa a Sala una delegación del Observatorio Uruguayo de los Derechos para las Personas con Discapacidad)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación del Observatorio Uruguayo de los Derechos para las Personas con Discapacidad, integrada por las señoras Sandra Noé, Ana Perla, Eva Silvera y Ana Leal y el señor Rodolfo Cabrera.

SEÑORA NOÉ (Sandra).- Durante años hemos trabajado en torno a la discapacidad vinculada a la pobreza, la territorialidad y lo social. En ese sentido, recogimos las inquietudes y necesidades que existen actualmente.

Más allá de que hay programas y se sigue trabajando en este aspecto, sentimos la necesidad de que se nos considere como un observatorio y no como un medio de control, ya que sería bueno poder incidir y ayudar junto con los organismos estatales y las instituciones privadas, para que la discapacidad sea menos notoria.

Somos el primer observatorio de estas características a nivel internacional, en el sentido de que no dependemos del Estado sino que somos autónomos. Esto se dio así porque hasta el momento ningún organismo estatal lo propuso, a pesar de que hay observatorios de toda índole. En ese sentido, nos sentimos desplazados ya que muchas veces la discapacidad no es tenida en cuenta.

Por otro lado, nuestro trabajo es atípico porque se desarrolla siempre a través de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y también con un sentido más amplio, es decir, trabajar más en cuanto a las normativas vigentes para que sean aplicables, buscar las que no están aprobadas a fin de impulsarlas y trabajar con la Ley Nº 18.651.

Por otra parte, es bueno que quede claro que nosotros no vamos a denunciar ni a delegar denuncias, sino que queremos trabajar conjuntamente con todos los organismos para hacer aportes a fin de lograr la calidad de vida y la equidad a nivel nacional de las que tanto hablamos.

Por eso, no parece pertinente hacer algunos planeos en esta Comisión.

SEÑORA PERLA (Ana).- Nos hemos propuesto trabajar para que las políticas de discapacidad lleguen a todo el territorio nacional. Ese es el objetivo principal que nos hemos marcado.

Otros objetivos son los siguientes: impulsar y desarrollar la vigilancia, defensa y observancia de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias, velando por el cabal cumplimiento de las normas, leyes y convenciones internacionales. Las personas físicas, jurídicas, organismos nacionales, internacionales, públicos o privados, instituciones médicas, científicas y empresas privadas, mancomunando sus esfuerzos,

información, aportes de cualquier índole y estudios vinculados al tema, podrán lograr que la institución sea un referente en materia de personas con discapacidad.

Queremos solicitar ante las autoridades correspondientes los espacios físicos necesarios para nuclear allí toda la información referente al objeto de este Observatorio. Por el momento, nuestra sede está en Montevideo.

SEÑORA LEAL (Ana).- Otro de nuestros objetivos es nuclear personas con discapacidad y organizaciones, en cualquiera de sus expresiones que, siendo referentes en las diferentes áreas, instrumenten y desarrollen objetivos en común, promoviendo la difusión masiva de toda la información sobre los derechos, garantías y beneficios de las personas con discapacidad, mediante las acciones que correspondiere, inclusive con la realización de charlas, jornadas, seminarios, talleres y congresos, sin excluir otras posibilidades. Todas las actividades podrán realizarse exclusivamente por el Observatorio o en conjunto con organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, sociedades médicas, laboratorios, universidades, profesionales independientes y todos aquellos actores que tengan como objetivo común el mayor conocimiento, difusión e intercambio de las diferentes patologías, enfermedades, actualizaciones e investigaciones inherentes al tema.

SEÑORA PERLA (Ana).- Queremos promover y desarrollar diferentes proyectos de ley y reglamentaciones que redunden en beneficio y en una mejor calidad de vida de todas aquellas personas que se encuentren en situación de discapacidad. El Observatorio solicitará ante cualquier organismo del Estado la evaluación, consideración y aprobación de todo proyecto, normativa o reglamentación que elabore, sin perjuicio de recurrir si fuere necesario a organismos internacionales.

Asimismo, fomentamos la creación de espacios de socialización, integración y recreación de las personas que se encuentren en situación de discapacidad. El Observatorio promoverá, dentro de sus posibilidades, que dichos espacios sean regulados, dirigidos o codirigidos por personas con discapacidad o sus familiares.

Nuestro objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito público como privado, fomentando y promoviendo la investigación a nivel universitario para la detección precoz y el tratamiento de los diferentes trastornos discapacitantes, facilitando el acceso a la cooperación internacional.

Pretendemos promover y realizar diferentes convenios e intercambios de información con los organismos públicos y privados, nacionales e internacionales, vinculados a las personas con discapacidad, trabajando en base a las estadísticas existentes, realizando la actualización constante de las mismas y elaborando nuevas, en lo referente a educación, salud, trabajo, vivienda, línea de pobreza, género, discriminación e integración.

Solicitamos que todos los centros de salud, policlínicas, hospitales y sociedades médicas tengan rampas y veredas que permitan la buena accesibilidad de las personas discapacitadas, así como que se brinden los tratamientos necesarios y la rehabilitación. En cuanto a la comunicación entre médico y paciente, que es muy importante, consideramos necesario que se cuente con un intérprete de lengua de señas.

También consideramos imprescindible tener camillas eléctricas -que no son de elevados y costos y ayudarían mucho-, sillas de ruedas y baños para discapacitados en todos los locales.

Asimismo, solicitamos que se haga un registro y actualización de las patologías raras y que sea entregado a todos los profesionales de la salud. Debería ser obligatorio que todos los funcionarios de los centros de salud conozcan los derechos de los pacientes discapacitados.

Habría que evaluar los costos mutuales de exámenes como el papanicolau, mamografía y estudios de próstata, primordiales para la prevención de enfermedades. También consideramos necesario tener incidencia en el Banco de Previsión Social, específicamente, en el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (Crenadecer)

Cabe aclarar que hace dos años que muchas personas están esperando ser tratadas por neurofibromatosis.

Por otra parte, pedimos más humanización en la salud y mejor trato con los pacientes.

SEÑORA NOÉ (Sandra).- Se habrán dado cuenta de que tenemos muchos ámbitos para abordar este tema: el Observatorio, la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad, el Pronadis, la Secretaría de Gestión Social para la Discapacidad. Es verdad, pero aún contamos con personas con discapacidad que no están registradas y no tenemos un baremo real, porque el censo no incluyó patologías raras.

El Observatorio presentó un proyecto sobre patologías raras y sabemos que es costoso por la medicación, pero por lo menos queremos que se haga una estadística, que solo existe a nivel neonatal. Consideramos que debería existir un registro global del cual tengan conocimiento los médicos. Se habló con el decano de la Facultad de Medicina, quien nos manifestó que se iba a hacer una unificación de criterios para todas las patologías y no solo las raras. Consideramos que todos los médicos deberían tratar a todas las personas por igual. No alcanza con tener una plaza o juegos accesibles; la accesibilidad también es necesaria en la cultura, salud, educación. Necesitamos escuelas especiales, técnicos, especialistas. Este es un debe que existe en esta área. Tener una silla eléctrica parece una cosa muy pequeña, pero es muy importante que la mujer con discapacidad tenga una. Es necesario ponerse en el lugar de la mujer con discapacidad.

Siempre se habla de realizar prevención -sabemos que se hace-, pero se deberían realizar cambios. Los tiques para la realización de estudios preventivos, por ejemplo, de mamas, de próstata o para el Papanicolau, tienen menor costo. Pero si la persona está enferma, la atención es tres veces cara. Si se utiliza más de una vez al año, cuesta $ 475; en Salud Pública significan más tiques. Por lo tanto, no se trata de una prevención real, porque el que está enfermo tiene que pagar más. Debemos revertir esa situación o buscar la manera de solucionarla. En varios de los planteos realizados a Salud Pública intentamos plantearles esa problemática, pero debido al presupuesto, que llevó un año, no pudimos lograrlo.

Queremos ver de qué manera podemos seguir para que estas propuestas sean tomadas en cuenta. Estamos abiertos al diálogo con el Ministerio de Salud Público o con quien corresponda.

Vamos a continuar trabajando en este tema. Les agradecemos por habernos recibido y esperamos lograr lo mejor para todos.

SEÑOR PRESIDENTE.- La comisión felicita el emprendimiento de los compañeros que están luchando por el Observatorio y en temas trascendentes, que están en la agenda pública, algunos con más desarrollo y otros con menos.

Siempre son bienvenidos todos los observatorios; esta comisión está abierta para continuar trabajando y colaborando en aras de los ciudadanos uruguayos.

Les pedimos disculpas por el tiempo que les hemos podido brindar, pero a las 16 horas comienza la sesión de la Cámara y todavía debemos recibir otra delegación.

(Se retira de sala la delegación del Observatorio Uruguayo de los Derechos para las Personas con Discapacidad)

(Ingresa a sala una delegación del Sindicato Anestésico Quirúrgico)

——Damos la bienvenida a la delegación del Sindicato Anestésico Quirúrgico integrada por los señores Gonzalo Vázquez, Daniel López, Eduardo Olivera, Andrés Saibene, Gualberto Arribeltz, Wiliam Baptista, Neder Beyhaut, Matías Abal y Alejandro Abal.

Luego de recibir la nota que nos enviaron, decidimos rápidamente reunirnos en la primera sesión que esta comisión celebrara para que ustedes pudieran hacer el planteamiento que entendiesen necesario.

SEÑOR LÓPEZ (Daniel).- Les agradecemos por recibirnos con tanta premura.

Solicitamos ser recibidos por ustedes con la intención de trasmitirles la honda preocupación que tiene nuestro sindicato debido a la situación en la cual nos encontramos, debido a un conflicto que se ha prolongado mucho más de lo que hubiéramos deseado. Queremos explicar los motivos que nos llevaron a esta conflictividad.

Se trata de una larga historia. El surgimiento del Sindicato Anestésico Quirúrgico tiene su origen en los años 1992- 1993. Al comienzo no fue reconocido como sindicato, pero participó en forma muy activa hasta el año 2011 en todas las instancias de negociación que implicaban condiciones de trabajo para el grupo anestésico quirúrgico. Este sindicato está integrado por trece asociaciones gremiales que representan todo el espectro de las especialidades quirúrgicas y la anestesia. A su vez, cada una de esas sociedades agrupa la mayor parte de los especialistas que trabajan en el ramo. Sin lugar a equivocarnos, creemos que este sindicato tiene una alta representatividad de los especialistas anestésico quirúrgicos.

Hasta el año 2011 las diversas instancias de negociación vinculadas con los aspectos laborales de nuestras especialidades se resolvieron sin mayores dificultades. En las instancias del Consejo de Salarios participaba el SMU, como gremio médico mayor y más representativo. En un trabajo llevado adelante sin mayor dificultades, junto con nosotros acordaban los temas específicos para nuestras especialidades, y así eran planteados y resueltos en el Consejo de Salarios.

A partir de los años 2011 y 2012, a raíz de una decisión adoptada por el Sindicato Médico por la que se autoriza la creación de cargos de alta dedicación, fundamentalmente, en el área de ginecología -que contó con el rechazo prácticamente unánime de todos los ginecólogos- se planteó el cuestionamiento de hasta dónde el Sindicato Médico del Uruguay era realmente representativo de los intereses de las especialidades anestésico quirúrgicas. En ese momento se produjo una renuncia masiva de más de novecientos especialistas que aún figuraban como socios del SMU, marcando una clara diferenciación entre el sector anestésico quirúrgico y el resto de los médicos, por lo menos, de Montevideo.

Creo que es un dato de la realidad actual, que hay tres gremios médicos: uno claramente mayoritario, como el Sindicato Médico del Uruguay, un gremio de los médicos del interior, la FEMI, y, sin duda, un gremio de los especialistas anestésico quirúrgicos, que es la sociedad que nosotros representamos. Desde esa ruptura en 2012, el Sindicato Anestésico Quirúrgico nunca más fue convocado a ninguna instancia de negociación en el ámbito laboral relacionada con nuestras condiciones de trabajo. Y en el Consejo de Salarios recientemente preacordado -en el que participó el SMU- no intervinimos y desconocíamos lo que allí se iba a acordar. En ese Consejo de Salarios se crean instrumentos de comisiones que van a definir, a futuro, aspectos sustantivos de nuestra actividad. Se crea una comisión del laudo único nacional, se reafirma el trabajo de la Comisión Asesora Multipartita en la que se negociarán los aspectos laborales y, obviamente, también salariales del trabajo médico y se crea una comisión administradora del fondo de educación médica, que antes era compartido entre las tres gremiales médicas -FEMI, SAQ y SMU-, cuya administración se atribuye únicamente al SMU.

Para nosotros este tema de la representatividad de nuestro sindicato es crucial y es inaceptable que se lleven negociaciones sobre nuestras condiciones de trabajo en las que nosotros no podamos estar en una condición igualitaria. Se nos propuso participar como invitados del SMU en las comisiones de trabajo, pero sin la posibilidad de concurrir con nuestros asesores y tener una condición relativamente igualitaria en el tratamiento de los temas que nos competen específicamente.

Este es el motivo que ha generado el conflicto. Nosotros demandamos ser integrados a las comisiones que van a incidir sobre nuestro trabajo, en las que queremos tener voz, participar y aportar nuestra visión y, obviamente, queremos asistir como un sindicato reconocido, en el sentido de que podamos concurrir con nuestros asesores. Ese es el futuro de nuestra especialidad, las condiciones en las que vamos a trabajar en los próximos años nosotros y los colegas que nos sigan. Entonces, nos parece crucial el reconocimiento de nuestro sindicato como un actor ineludible en este tipo de negociaciones.

Adelantándonos a sus preguntas, queremos decirles que la respuesta del Poder Ejecutivo es que, legalmente, en virtud de la ley de negociación colectiva, el representante que se elige en el Consejo de Salarios es el gremio más representativo. Nosotros no dudamos, que dentro del sector, el gremio más representativo es el SMU, pero existen subsectores, áreas de actividad y, una de ellas es la que, sin dudas, el Sindicato Anestésico Quirúrgico representa. Además, esa ley se aplica específicamente al Consejo de Salarios y no a las comisiones asesoras o a las que trabajan en otros ámbitos, en las que no hay ninguna imposición en cuanto a quién debe ser el participante. Además, la tradición es que participen en esas comisiones innumerables actores en la medida en que se afecten diversos intereses.

Así que nos parece que es un conflicto innecesario, que no está en juego nada, más allá de nuestro deseo de participar y aportar nuestro conocimiento de nuestro trabajo. Obviamente, no nos anticipamos a ninguna

decisión y sabemos que probablemente en la negociación tengamos posturas distintas, pero lo único que pedimos es participar y ser reconocidos como un sindicato con todas las de la ley.

SEÑOR BEYHAUT (Neder).- Vinimos a este ámbito por dos aspectos. Uno de ellos tiene que ver con la dificultad de relación y negociación con el Poder Ejecutivo en el ámbito de la CAM. El otro aspecto dice relación con ASSE y es muy importante para nosotros, aunque ha pasado un poco desapercibido dentro de la nube que es el problema con la CAM con el sindicato Médico, pero no es un tema menor.

Tenemos graves problemas en ASSE; supongo que ustedes los conocerán. Vamos a ser lo más breves posible. Sin duda, que a lo largo de los años ha mejorado la asistencia en ASSE, el equipamiento y muchas cosas más, pero los números actuales en casi todas las especialidades y, en particular en la anestesia, nos demuestran que realmente se ha generado una disminución de la calidad de la asistencia, sobre todo, en anestesiología. En ASSE, el 70% de la asistencia en la anestesia está dada por gente que no tiene título; es gente que aprobó segundo o tercer año como residentado. En realidad, los que tienen título en ASSE desarrollan, más o menos, un tercio de la actividad.

Hay una característica en ASSE que es la fragmentación del trabajo. ASSE tiene 275 anestesistas de los 400 que hay, es la que tiene más; le siguen el Casmu y la Española con 100 cada uno. Sin embargo, también tiene la característica de que un tercio de la gente trabaja menos de veinte horas por mes.

Eso pone en evidencia muchas cosas, como ser que en ASSE no hay un atractivo para trabajar y no es solamente por el aspecto económico sino que tiene que ver también con la precariedad, a través de la comisión de apoyo.

Decimos esto, simplemente, para poner en evidencia que queremos conversar también con ASSE, que en este momento no nos recibe. Esto que les decimos hoy a ustedes -con nuestros informes detallados de lo que pasa en ASSE-, se los hemos dejado a ellos más de una vez y no hemos encontrado un interlocutor en ese ámbito.

¿Qué nos parece que sucede? Que hay una voluntad política de dejarnos de lado. Eso lo sabemos; vamos a hablar a calzón quitado, como se dice. Sin embargo, creo que representamos a un sector importante con el que siempre se ha podido suscribir acuerdos. De las crisis que tuvimos en 2011, en 2007 y 2008 salimos firmando acuerdos, que serán buenos, malos o más o menos. En realidad, no fueron buenos porque si bien nos sacaron del momento, no solucionaron el problema de ASSE porque ya sabemos cuál es: la diferencia de que en ASSE pagan un tercio de lo que pagan en el mutualismo, pero bien que se podría crear un plan para ir mejorando eso.

De todas maneras, la única forma de salir de acá es hablando y negociando. Nosotros tenemos propuestas. Por ejemplo, siempre se nos dice que no tenemos propuestas para los cargos de alta dedicación, que nos oponemos a eso, que nos va a sacar el acto médico, etcétera. Nosotros tenemos propuestas sobre cómo trabajar e implementar CAD anestésico quirúrgicos, pero nadie nos ha preguntado qué pensamos en ese sentido. Es claro que tenemos propuestas que contemplan el sistema de los CAD, así como muchos aspectos de su perfil y definición. Entonces, ¿por qué no se lo podemos decir a nadie? ¿Por qué alguien nos tiene que venir a decir cómo tendríamos que trabajar, si nosotros no podemos decirle lo que pensamos? No sé si piensan que va a ser tan fácil que alguien venga a decirnos: "Ustedes tienen que trabajar así"; alguien firma, está aplicado y vamos a hacer eso. Lo más probable es que, de esa manera, todos estemos comprando un problema. La solución es fácil: conversar. Estamos dispuestos a que se modifique cómo trabajamos los anestésico- quirúrgicos. Negociemos. Tenemos propuestas. Hemos estudiado bien cómo es nuestro salario, cómo se distribuye entre las distintas franjas de gente, quiénes son los que ganan más, quiénes menos y cómo hacer un sistema más equitativo y justo. Pero a alguien tenemos que poder decírselo. Es tan simple como eso.

SEÑOR LEMA (Martín).- Recién se hacía alusión al diálogo, lo que, a mi entender, es básico, ya que hay que destrabar el conflicto, porque el que paga los platos rotos es el paciente. Entonces, todas las medidas tendientes a conciliar y buscar una salida, de un lado y del otro, son más que bienvenidas

Me gustaría comenzar a concentrarme en cómo se va a dar la salida y la solución final.

Quisiera saber si tienen un cronograma de acciones a futuro; que explicaran más a fondo el tema de los 275 anestesistas en ASSE, y cuál fue el motivo por el cual, hasta el momento, no se pudieron reunir con ASSE, si

fue por problemas de agenda o si advierten que no hay intención política de juntarse a buscar consenso y evaluar las propuestas.

Sería interesante que nos hicieran llegar a nosotros la propuesta porque, si bien depende del Poder Ejecutivo, como miembros de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, no somos ajenos a la realidad que se está viviendo. Acá hay que escuchar todas las campanas. Me gustaría que esta comisión tome formalmente el listado, la numeración y el alcance de las propuestas, a fin de evaluar cómo podemos operar como nexo, por lo menos para que sean escuchados por el Poder Ejecutivo, ni que hablar, y también por el Directorio de ASSE.

SEÑOR ABAL (Matías).- Voy a hacer una reseña, lo más breve posible -porque quizás no quedó claro- acerca de cómo llegamos a esta instancia.

En realidad, existe un paso previo al de trasladar las propuestas y es que para este sindicato no tenemos establecido un ámbito de negociación. No hay una mesa de negociación que permita dialogar sobre lo que es una propuesta de cambio de diseño de las condiciones de trabajo de los médicos, porque, de alguna manera, una de las partes se niega a generarla.

El Sindicato Anestésico Quirúrgico existe desde 1993. Al principio, no había convocatoria en los Consejos de Salarios; cuando las hubo, se participó en negociaciones colectivas, tanto en los ámbitos formales -Consejo de Salarios- como en los informales, bipartitas y tripartitas. Eso fue así y nunca hubo inconveniente con el natural traspaso de poder de diferentes partidos políticos. Sí hubo un cambio de percepción en el año 2005, y es que en un inicio se puso en entredicho la calidad del sindicato del SAQ. Eso llevó, inclusive, a un amparo judicial. Se tramitó en un Juzgado Contencioso Administrativo. Finalmente, se estableció que era un sindicato y que le correspondía participar en los ámbitos de negociación. Inclusive, producto de esa sentencia, se lo incorporó a lo que, en aquel entonces, eran los Consejos Consultivos de la Salud. Básicamente, se trataba de un ámbito de negociación colectivo muy amplio, donde se pautaron los diseños del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Como decía el doctor López se siguió participando formalmente en el Consejo de Salarios hasta el año 2012, pero no como integrante, porque en el Grupo 15, que es el de la salud -es el que corresponde-, son siete: dos por las empresas, los tres del Poder Ejecutivo y dos por los trabajadores, que son designados por el Poder Ejecutivo, en consulta con las organizaciones más representativas. Desde 2005 a la fecha, esos dos delegados son la FUS y el SMU. Pero eso nunca obstaculizó a participar en los Consejos de Salarios. De hecho, cada ronda que había el Poder Ejecutivo citaba al Sindicato Anestésico Quirúrgico, aun cuando no votaba, pero sí tenía voz. Además, las propuestas del sindicato eran recogidas y se firmaba por intermedio del SMU. Eso cambia en 2011. ¿Por qué? En 2010, que fue la última ronda en la que participó el SAQ en esta operativa sui géneris, se generó una propuesta de cambio en el régimen de trabajo médico, porque se había avanzado en el SNIS y se entendía que ahora había que reformar la forma de trabajo médico. Para eso se creó lo que se llamó la Comisión de Trabajo Médico, la CTM. En función de la conformación del Consejo de Salarios, en dicha comisión se designaron tres representantes: el SMU por los trabajadores, las empresas y el Poder Ejecutivo. Pero, en ese acuerdo en el laudo que está a disposición, se estableció específicamente que si había algún tema que, de alguna manera, refería a los anestésico- quirúrgicos, a sus salarios y modalidades de trabajo, en esas comisiones debía participar preceptivamente un delegado del Sindicato Anestésico Quirúrgico, designado por su mesa ejecutiva. De alguna manera, esa era la garantía de este sindicato de poder participar.

La cuestión es que en el correr del año siguiente se estuvo trabajando en ese tema y a fines de 2012 se tomó conocimiento de que, efectivamente, había una modificación del trabajo anestésico quirúrgico en el caso de los ginecólogos con la creación de un cargo de alta dedicación, y nunca se había cumplido con esa obligación de citar al delegado del SAQ. Se negoció sin la participación. Enterados de esa instancia, se citó una asamblea, que fue multitudinaria -debe haber sido una de las más grandes de ginecología de los últimos diez años-, en la cual se aprobó con un solo voto en contra ir contra ese cargo. ¿Por qué? Porque no se estaba de acuerdo con los contenidos y porque no se había cumplido con el laudo vigente. Antes de que se firmara ese acuerdo de creación del cargo, se informó al SMU que se estaba en contra, pero igualmente firmó, desoyendo al colectivo. ¿Cuál fue la consecuencia? Que al día de hoy -tres años después- no hay cargos de alta dedicación de ginecología, porque el SAQ resolvió que nadie debía aceptarlo. De hecho, hay una resolución que dice que si alguna institución lo instruye habrá un conflicto específicamente con la institución que lo disponga. Comento estos antecedentes para que entiendan cómo llegamos hoy a esta situación.

Respondiendo al diputado, lo cierto es que la solicitud de la mesa anestésico quirúrgica de participar en negociaciones sobre este tema se generó desde principios de año. Inmediatamente que se tomó conocimiento de que en este ámbito de comisión de trabajo del Consejo de Salarios se estaban negociando cargos de alta dedicación que modificaban específicamente especialidades anestésico quirúrgicas -en el caso concreto fue la especialidad de cirugía general; fue algo que trascendió a principios de año- se pidieron solicitudes de reuniones con el Ministro Basso y con todas las autoridades de la Junasa. De hecho, hubo dos reuniones con el Ministro Basso por este tema. En ambas se le planteó lo que resolvió el sindicato por asamblea, que es que no hay ningún inconveniente en ponernos a discutir. Nosotros tenemos nuestras propuestas. Hay algunos planteos. Queremos escuchar las del gobierno y discutirlas. La respuesta fue siempre la misma. Formalmente y amparándose en la ley de negociación colectiva, para ellos únicamente podía negociar el Sindicato Médico del Uruguay y que, a lo sumo, se podía ir como un invitado con las condiciones que se dispusieran. Y ese es el meollo del asunto. Entendemos que jurídicamente no hay ningún obstáculo tanto para negociar por fuera del Consejo de Salarios -algo usual, que pasa- como en las comisiones de trabajo del propio Consejo de Salarios. El argumento que se nos ha dicho hasta el hartazgo -sin nunca citar la fuente legal- es que no se pueden incorporar sindicatos que no sea la organización más representativa. Y con esto estamos absolutamente en desacuerdo, pues lo que solicita el SAQ no es desplazar al SMU o a la FUS de su cargo de delegado en el Consejo de Salarios; ese no es el ánimo. El ánimo es únicamente poder participar de las negociaciones que se llevan adelante sobre el trabajo anestésico quirúrgico en comisiones del Consejo de Salarios. Estamos hablando de comisiones que no están reglamentadas, que se crean de común acuerdo, con los integrantes que se quiera y, si no se quisieran integrar, se invita a los sindicatos a participar. De hecho esto existía en la comisión anterior que fue sustituida y actualmente existe en innumerables grupos del resto de los consejos de salarios. Es decir, no hay obstáculo legal y esto es lo que más incomoda; se amparan en una excusa normativa que no existe para sostener, lo que a entender de este sindicato es una postura política, que no se admite un espacio de negociación con el Sindicato Anestésico Quirúrgico.

SEÑOR BEYHAUT (Neder).- En cuanto a la primera pregunta, quiero decir que las medidas son dinámicas. En la última asamblea, la posición de la mesa estaba un poco discutida porque realmente nosotros no queríamos hacer cinco días de paro. Sin embargo, cabe señalar que fue una asamblea multitudinaria, prácticamente unánime. Ya teníamos las pautas de cómo venían las cosas por el paro anterior que fue muy acatado. Además, el tono de la asamblea, los planteos, la convicción y la moción que se aprobó nos dieron la pauta de que las cosas vienen así. Entonces, creemos que debemos defender lo que nosotros pensamos que es. El SAQ no tenía movilizaciones como tal desde hace muchísimos años. En realidad, tanto el Poder Ejecutivo como el Sindicato Médico nos han unido nuevamente. Desde el año 1993 no tenemos problemas con el Poder Ejecutivo, pues siempre hablábamos con él. Tuvimos algún conflicto que otro en Casa de Galicia, en La Española, aislados, pero no el SAQ como tal ni con el Poder Ejecutivo como tal.

Ahora, la situación es esta y hay un ánimo de defender esta situación con las herramientas que tenemos.

Por ahora, lo que pensamos hacer es ese paro de cinco días, que también es a nivel privado, que incluye a los seguros, a los Imaes, menos cirugía cardíaca, y a ASSE. Como siempre decimos, las medidas que se tomarán en el futuro las irá decidiendo la asamblea.

Acá nosotros podemos transmitir cómo está nuestro espíritu.

Por otra parte, está el planteo de los anestesistas. En este sentido, se puede observar cómo ha ido aumentando el número de los anestesistas en ASSE en los últimos años. Realmente hay un aumento en la cantidad de técnicos, sobre todo de anestesistas; los cirujanos y otras especialidades no han aumentado tanto.

También puede advertirse la cantidad de anestesistas que hay en este país; diríamos que en Uruguay no hay déficit de anestesistas. Tenemos tres anestesistas cada diez mil personas en la capital y, en el interior, algo así como catorce cada cien mil personas. En el interior del país está menos distribuido. De todas formas, no se trata de un problema de distribución. El problema es quién hace la anestesia en ASSE. Los que van a hacer anestesia son los que no tienen título, van pocas horas y asumen poco compromiso. En este sentido, tenemos una propuesta: hay que generar un sistema de fidelidad, que la gente trabaje más horas, que se comprometa a cambio de algo mejor. No es un problema de que falten anestesistas, porque estos están trabajando en otros lados y tienen capacidad para trabajar en ASSE. Estoy hablando de titulados. Contrariamente a lo que se dice, nosotros tenemos el 49% o el 50% de los anestesistas que tienen un solo trabajo a nivel privado. Quiere decir

que realmente hay capacidad de trabajo. Entonces, ¿por qué no van a ASSE? Porque no les resulta atractivo por las otras cosas. Esto es lo que pasó en ASSE.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nos gustaría saber si ustedes quieren solicitar algo a la comisión o si simplemente deseaban que escucháramos sus planteamientos.

No me gustaría mezclar los temas ya que son absolutamente distintos: por un lado, el anestésico y ASSE y, por otro, los consejos de salarios.

Me parece que desde la comisión debemos ir tirando puentes -que es la tarea que tenemos como legisladores- con los distintos colectivos, en este caso, con el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con los sindicatos vinculados como, por ejemplo, el Sindicato Médico, la Federación Médica del Interior y la SAQ para tratar de desactivar un paro de coordinaciones quirúrgicas de la semana que viene. Creo que deberíamos centrarnos en ese tema sin dejar de tratar en otra oportunidad, un tema que es más complejo, que es el de ASSE y su anestesiología. Si consideramos los dos asuntos, me parece que nos vamos a enfrascar en temas importantes dejando de lado lo que es prioritario. Por lo menos en la nota que nos dirigieron, nos solicitaron una reunión para considerar ese otro tema.

Me comprometo a trabajar y a buscar las herramientas necesarias para el tema ASSE que es todo un capítulo que abarca no solo a la anestesiología sino también a muchas especialidades anestésico quirúrgicas.

Esta problemática nos preocupa, la conocemos desde que se inició y si queremos salir airosos y adelante, que no se perjudiquen los pacientes, cada uno de nosotros tendremos que ceder. Me parece que la negociación implica eso. Además, deberemos olvidarnos del pasado para negociar. Cuando uno se sienta a negociar, cuando es polea de transmisión en la negociación, vienen viejos rencores del pasado que hay que dejarlos de lado para empezar a construir el futuro. Conozco cómo se ha trabajado y en el momento en que hemos participado en negociaciones, de pronto uno piensa que viene bien y de pronto alguien salta con un problema anterior. Reitero que conozco lo que sucede en estas instancias, porque ustedes lo contaron, porque soy colega, con muchos soy amigo. Sabemos que cada uno trabaja y defiende sus posiciones; todo es válido pero cuando hay momentos complicados o se toman medidas drásticas, debemos poner la mejor buena voluntad a fin de tratar de resolver el problema. En ese sentido, como presidente de esta comisión -seguramente después lo conversaremos con los demás integrantes de esta comisión-, buscaremos los mecanismos para tratar de que se abra un espacio de negociación porque lo que ustedes están planteando es precisamente eso.

Es verdad lo que decía Matías Abal con respecto a que existe una ley de negociación salarial cuyo representante legal en el consejo de salarios son los dos sindicatos, el Sindicato Médico del Uruguay y la Federación Uruguaya de la Salud.Creo que debería ser así. De hecho, siempre fue así. Durante muchos años se pudo trabajar en distintas comisiones a los efectos de ir acordando cosas, aunque no tengan voz ni voto. Me parece que ese es el camino que debemos transitar.

Uno no se puede comprometer a lo que uno le gustaría que pasara, pero sí trasmitir esto a las autoridades. Sé que han tenido contactos con el ministro, incluso, con el director general de trabajo y que estuvieron manejando algunas fórmulas, pero al final no llegaron a un acuerdo. Me parece que debemos transitar por ese camino y buscar mecanismos.

Lo que sí pienso como médico es que, si se va a trabajar en el cambio de trabajo médico en una rama de la cual participo, me gustaría que escucharan mi opinión. Seguramente, es una opinión que a mi partido político no le interese, pero es lo que pienso. Si van a crear un cargo de alta dedicación, de determinada especialidad, es lógico que se converse y se acuerde, aunque no se vote oficialmente. Me parece necesario que haya un ida y vuelta. Por eso hablaba de olvidar el pasado y comenzar una nueva etapa, si es que podemos.

Vamos a hacer todos los esfuerzos; vamos a estar en contacto permanente. Además, solicitaremos una reunión con los ministros de Salud Pública y de Trabajo y Seguridad Social para ver si podemos trabajar. También conversaremos con los otros dos sindicatos vinculados al área de la salud, la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay.

Insisto: hay que dejar los temas personales de lado. Creo que en este conflicto -no es para polemizar- también hay revanchismo personal, sin echarle la culpa a unos y a otros. Hay temas de relacionamiento personal, es

notorio, y eso también lleva a un deterioro de las relaciones que después es difícil zurcir.

Con ese espíritu y ese ánimo tengan la seguridad de que la Comisión de Salud Pública va a intentar conversar y acercar las partes para buscar una solución que si bien quizás no conforme ni a unos ni a otros, será una salida coyuntural para tratar de que no se lleve adelante la medida. Obviamente, la medida está tomada por la asamblea. Pido que si hay avances en las conversaciones, tengamos la posibilidad de levantar la medida para que cuando se lo trasmitamos a las autoridades podamos comentarles el estado de ánimo de ustedes: llegar a la mejor solución posible.

SEÑOR ABAL (Alejandro).- Quisiera hacer una aclaración.

La medida gremial de paro que se dispuso no es para la semana que viene sino para la otra. Eso se logró a instancias de la mesa ejecutiva que dijo: tratemos de dar un tiempo para que se pueda dejar sin efecto la medida.

Por otro lado, cuenta el ánimo de la mesa ejecutiva del SAQ al solicitar la reunión con la comisión, no solo para exponer sino para pedir que en la medida en que estuviera a su alcance -en particular, el presidente tiene mucha experiencia al respecto- se tratara de buscar un acercamiento que le diera la posibilidad a la mesa de hacer lo que quiere: que no se cumpla ninguna medida gremial, que se logre el objetivo, que ni siquiera es un objetivo sustancial sino puramente instrumental, pero muy importante y se deje sin efecto la medida.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero informar a todos que la sesión tiene que terminar a la hora 16. Si los legisladores entienden oportuno seguir debatiendo, tenemos que pedir autorización a la Cámara.

(Diálogos)

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Voy a ser muy breve. Comparto la posición del presidente. Estoy de acuerdo en que hay que buscar una solución que sea buena para todas las partes.

Como médico comparto lo que señaló el presidente; no me gustaría que se contrataran las condiciones laborales de colegas sin la participación de los directamente involucrados. Eso no está bien y sobre todo en una profesión tan compleja como lo es la cirugía y la anestesiología.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de la delegación.

Se levanta la reunión.